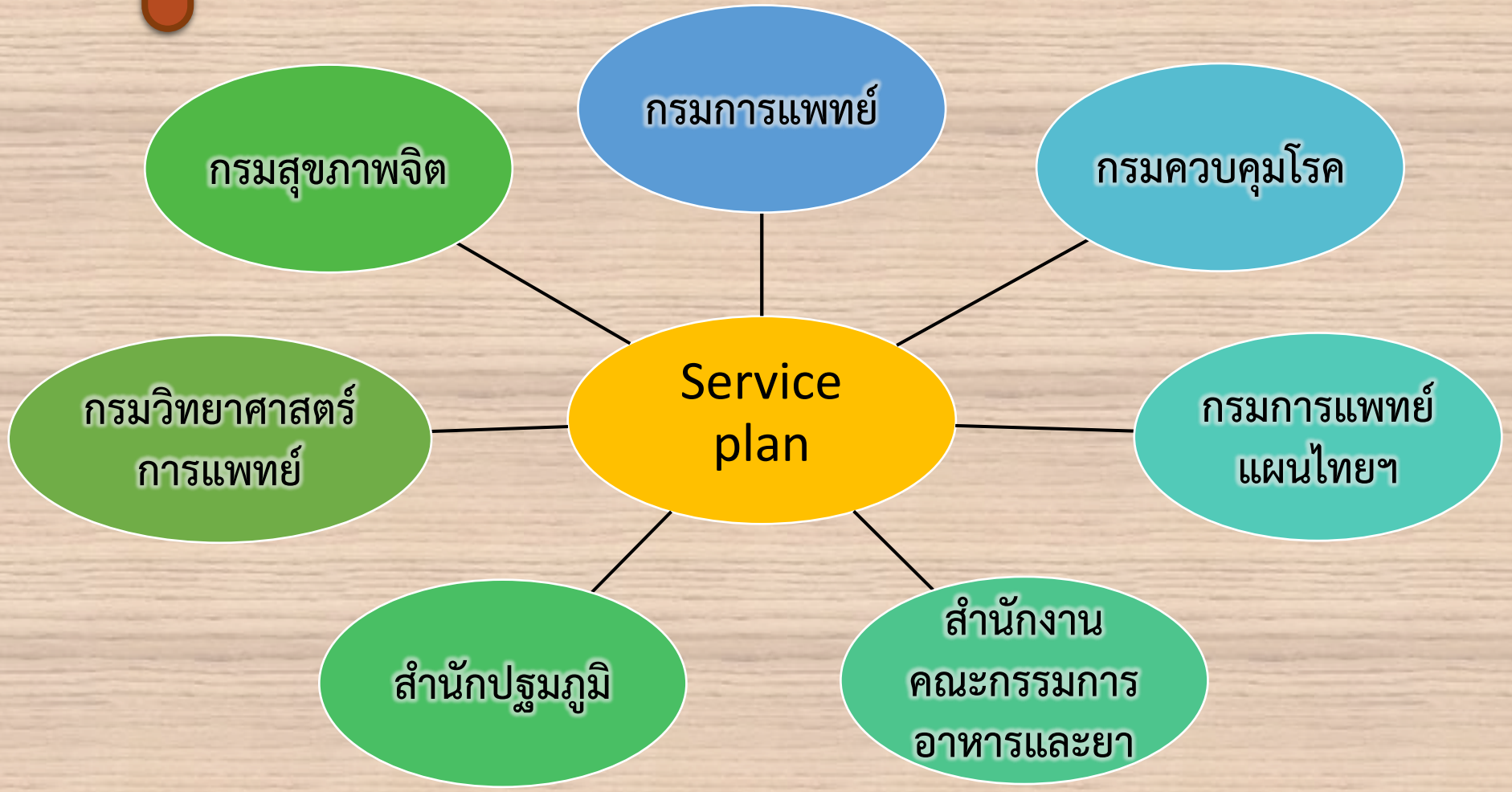
ผลการตรวจราชการ จังหวัดสงขลา

รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2562

ระหว่างวันที่ 13 – 15 กุมภาพันธ์ 2562



KPI ตรวจราชการจังหวัดสงขลา ครั้งที่ 1 ปี 2562

คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

STROKE	ODS	ออร์โธปิดิกส์
SEPSIS	Drug addict	PCC
TRAUMA	ทารกแรกเกิด	TB
STEMI	มะเร็ง	RDU
TRANSPLANT	จักษุวิทยา	AMR
CKD	Palliative care	สุขภาพจิตและจิตเวช
	Intermediate care	แพทย์แผนไทย

สรุปตัวชี้วัดคณะ 2

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < ร้อยละ 7	√		
2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ≤ร้อยละ 30	√		
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.ใน รพ.ระดับ A,S,M1 ≤ ร้อยละ 12		√	
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร ≤ 26 ต่อแสนประชากร	√		
5. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. > 0.8 : 100		√	
6. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล > 1.3 : 100		√	
7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 66		√	
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery > ร้อยละ 20	√		
9.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) > ร้อยละ 20	√		
10.ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ระดับ 5 ดาว			**ยังไม่ถึงรอบประเมิน**
11.PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ 3S สะสมร้อยละ 18 (10 ทีม) ของแผน 10 ปี	√		
12.ทุกอำเภอ(ร้อยละ 100) มีการใช้กลไก พชอ. แก้ปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง	√		
13.ร้อยละ 60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต	√		**ยังไม่ถึงรอบประเมิน**

สรุปตัวชี้วัดคณะ 2

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
14. อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่			ยังไม่ถึงรอบประเมิน
15. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาสมเหตุสมผล ขั้น1 และขั้น2	√		
16. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	√		
17. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	√		
18. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		√	

Monitor

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
1. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม < 3.8 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	√		
2. เพิ่มเติม NICU ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ	√		
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 70		√	
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 70	√		
5. ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา ≥ 75	√		
6. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ≥ 80		√	
7. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioids ในผู้ป่วยประคองอย่างมีคุณภาพ	√		
8. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ≥ ร้อยละ 50		√	
9. ร้อยละของโรงพยาบาลนะดับ M1 ขึ้นไป ที่มีทีม Refracture Prevention	√		

ตัวชี้วัด: ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (PCC) (ร้อยละ 18)

สถานการณ์

- ปี 2560 - 2562 (ปัจจุบัน) สามารถเปิด PCC สะสม ทั้งหมด 33 ทีม (26.83 %) จากเป้าหมาย 123 ทีม ตามแผน 10 ปี
- โดยปี 2562 มีจัดตั้งทีมใหม่ 4 ทีม

มาตรการการดำเนินงาน

- มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระดับเขต เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนทางวิชาการ พัฒนา และยกระดับสถาบันการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้มีศักยภาพในการเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น
- การส่งแพทย์ในรพช. เข้าอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

มีเครือข่ายสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เข้มแข็ง ทำให้อัตราการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (จากปีละไม่ถึง 10 คนในปี 2558เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 15 คนในปัจจุบัน)

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

- ควรมีการจัดสรรแพทย์ลงในรพช.ให้ได้เต็มตามกรอบ FTE เนื่องจากปี 2562 มีอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งจังหวัด (อว.+วว.+อบรมระยะสั้น ไม่นับผอ.รพช.) จำนวน 57 คน มีศักยภาพเปิด PCC ได้ถึง 57ทีม แต่สามารถเปิดได้เพียง 33 ทีม เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องจำนวนแพทย์ในรพช.ที่ต่ำกว่ากรอบ FTE 14จาก 15 รพ. ทำให้แพทย์ที่ไปอบรมระยะสั้นมามีภาระงานรักษาพยาบาลทุติยภูมิที่รพช.ล้นมือ ไม่สามารถลงปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มรูปแบบตามเงื่อนไขการเปิด PCC จึงไม่สามารถจัดตั้งทีมเพิ่มได้เต็มศักยภาพตามจำนวนแพทย์ทีมีคุณสมบัติ
- ควรมีการเก็บ outcomeหรือ impact indicator เพื่อวัดความสำเร็จของ PCC เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลง อัตราการนอนรพ.ที่ลดลงจากโรคที่ป้องกันได้

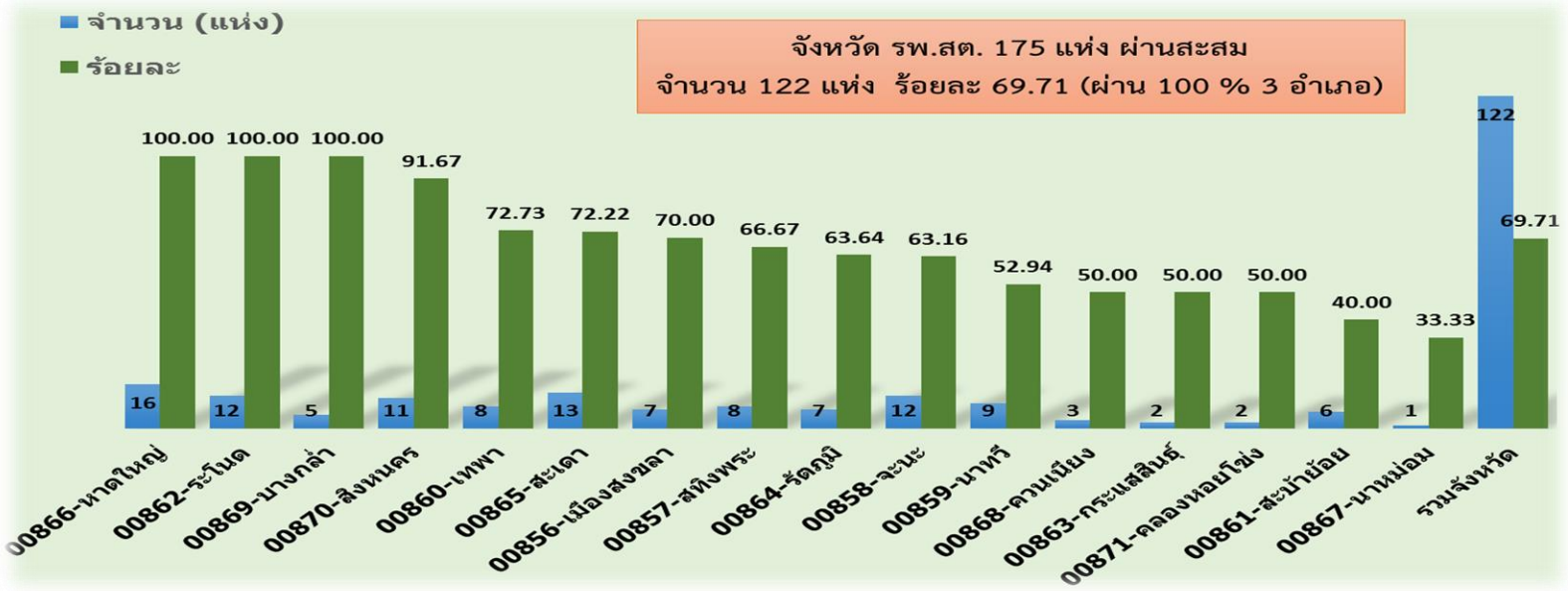
ตัวชี้วัด: ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 60 (สงขลากำหนดร้อยละ 80)

สถานการณ์

: ปี 2560 - 2561 จังหวัดสงขลา ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว สะสมจำนวน ๑๒๒ แห่ง (จาก ๑๗๕ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๗๑

: มี 3 อำเภอ ที่สามารถผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100
(อำเภอระโนด หาดใหญ่ และบางกล่ำ)

- รพ.สต.คลองแห ดีเด่นระดับเขต
- สอน.พะตง ดีเด่นระดับจังหวัด



มาตรการดำเนินงานที่สำคัญ

- กำหนดเป็น Policy ระดับจังหวัด
- กำหนดเป็น PA ของผู้บริหาร /เสริมแรงจูงใจด้วยการศึกษาดูงานและพิจารณาความดีความชอบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การสนับสนุนจาก รพ.แม่ข่าย (IC/ระบบยา/LAB/green&Clean)
- การมีพื้นที่ต้นแบบ : ทำให้เกิดการแข่งขัน

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

- ❑ การกำกับติดตามให้คงสภาพ ๕ ดาวอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน
- ❑ การใช้ภาคีเครือข่ายช่วยเหลือกันภายในจังหวัด (3 อำเภอ ที่ผ่าน 100% ช่วยเป็นพี่เลี้ยงและต้นแบบให้อำเภอที่ยังมีผลงานต่ำ)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (เกณฑ์ ร้อยละ 60)

สถานการณ์ :

-ทุกอำเภอมีคณะกรรมการฯและมีประเด็นการขับเคลื่อน พชอ. อย่างน้อยอำเภอละ 1-2 ประเด็น

มีอำเภอต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้แก่ ...

1. “คนนาทวีไม่ทอดทิ้งกัน”อำเภอนาทวี(HA Forum 60)
2. “การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน”อำเภอเทพา(HA Forum 61)
3. “อาหารปลอดภัย” อำเภอสะเดา (HA Forum 62)

มาตรการดำเนินงานที่สำคัญ

- การกำหนดเป็น Policy ระดับจังหวัด / PA ของ คปสอ.
- ผู้บริหารจังหวัดติดตามในเวทีประชุมจังหวัดทุกเดือน
- แต่งตั้งคณะกรรมการฯ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/มีคณะอนุกรรมการ พชต. ทำงานในระดับพื้นที่ชัดเจน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- เริ่มด้วยกระบวนการกลุ่มเล็กๆ ระดับ ชุมชน หมู่บ้าน
- แสวงหาความร่วมมือจากเครือข่ายทั้งภาครัฐ+เอกชนที่มีอุดมการณ์ร่วมกัน
- ใช้วิธีการเรียนรู้ดูงานจากพื้นที่อื่นที่ทำเรื่อง พชอ. ประสบความสำเร็จและกลับมาพัฒนา
- มีต้นทุน “Key man” ระดับประเทศอยู่ในพื้นที่

ประเด็นขับเคลื่อนปี 62

16 อำเภอ

10 อำเภอ

6 อำเภอ

3 อำเภอ

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

- การทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ภาคประชาชนเป็นเจ้าของเพื่อความยั่งยืน
- การบูรณาการกับนโยบายภาครัฐอื่นๆ เช่น ไทยนิยมยั่งยืน ฯลฯ

หัวข้อ : 2.2 การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

ตัวชี้วัด : 13 อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียน ไตรมาส 1/62 เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85

สถานการณ์ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ปีงบประมาณ	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)					
	รักษาสำเร็จ	เสียชีวิต	ล้มเหลว	ขาดยา	โอนออก	กำลังรักษา
ปี 2558	83.7	6.3	0.4	4.5	5.1	0.0
ปี 2559	83.0	5.6	0.5	5.1	5.6	0.1
ปี 2560	82.2	6.1	0.4	4.9	5.5	0.9
ปี 2561 (Q1)	81.4	9.0	0.9	6.9	0.6	1.2
ปี 2562 (Q1)	0.0	2.7	0.0	0.0	4.1	93.2

ปัญหาสำคัญ ที่ทำให้อัตรารักษาสำเร็จ ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 85) ปี 2558 – 2560, ปี 2561(Q1) คือ การเสียชีวิต และ การขาดยา ระหว่างรักษา

ผลงานปี 2562 (ไตรมาส1) ประเมิน จำนวน 367 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 342 ราย เสียชีวิต 9 ราย (HIV1 ราย , สูงอายุ มีโรคร่วม /ไม่มีโรคร่วม) 9 ราย) โอนออก 16 ราย (ส่งต่อ ตจว 3 ราย) และยังไม่พบขาดยาระหว่างรักษารักษา

ข้อชื่นชม : สสจ. ได้ดำเนินการถ่ายทอดนโยบาย และ ตัวชี้วัด และ ติดตามการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ในระดับ รพ.สต เพื่อ การบริการ ติดตามดูแลในชุมชน

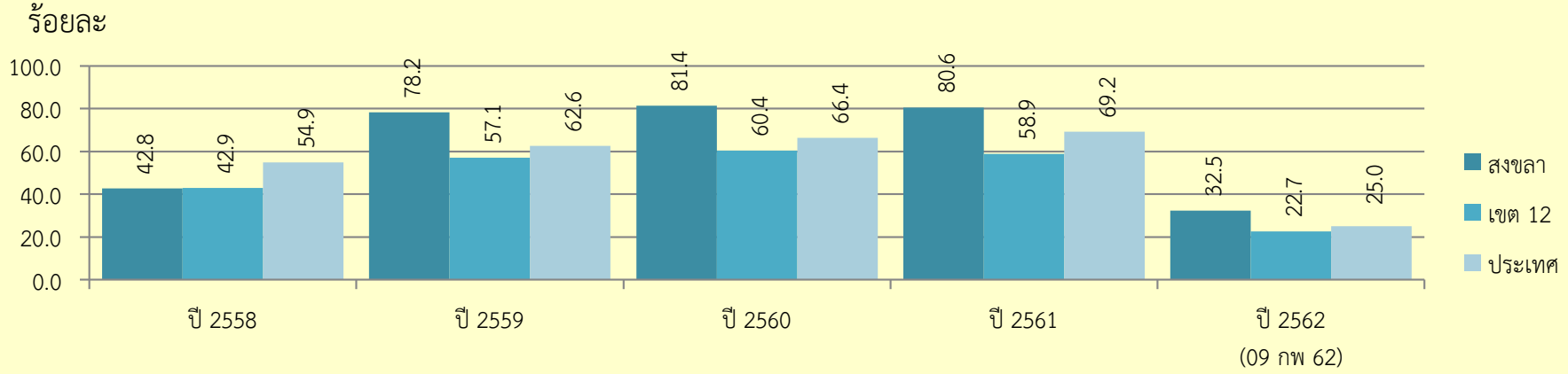
ข้อเสนอแนะ: นำผลทบทวนสาเหตุผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตมา วางแผนในการดูแลผู้ป่วย และจัดระบบแจ้งเตือนผู้ป่วยมารับยา ก่อนวันนัดหมายรับยา

TBCM online ณ วันที่ 13 กพ.62

พื้นที่ดำเนินงาน	จำนวนประเมิน (ราย)	ผลการรักษา (ร้อยละ)					
		รักษาครบ	เสียชีวิต	ล้มเหลว	ขาดยา	โอนออก	กำลังรักษา
อ.กระแสสินธุ์	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.คลองหอยโข่ง	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.ควนเนียง	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.จะนะ	11	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.เทพา	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.นาหม่อม	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.บางกล่ำ	5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.ระโนด	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.รัตภูมิ	5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.เมือง	151	0.0	1.3	0.0	0.0	4.0	94.7
อ.สทิงพระ	5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.นาทวี	16	0.0	0.0	0.0	0.0	6.2	93.8
อ.สะบ้าย้อย	10	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
อ.สิงหนคร	6	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	83.3
อ.หาดใหญ่	124	0.0	4.8	0.0	0.0	6.5	88.7
อ.สะเดา	16	0.0	0.0	0.0	0.0	6.2	93.8
จ.สงขลา	**367**	**0.0**	**2.7**	**0.0**	**0.0**	**4.1**	**93.2**

Small Success ตัวชี้วัดวัณโรค : ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (Treatment Coverage) เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 82.5 (ประเมินผล ณ 30 กย. 2562)

สถานการณ์ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ



พื้นที่	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อ.เมืองสงขลา	255	253	99.3
อ.หาดใหญ่	624	315	50.5
อ.กระแสสินธุ์	24	9	38.1
อ.นาทวี	108	25	23.2
อ.นาหม่อม	36	5	14.0
อ.สะเดา	197	27	13.7
อ.จะนะ	166	21	12.6
อ.เทพา	122	15	12.3
อ.สะบ้าย้อย	121	14	11.5
อ.บางกล่ำ	49	5	10.3
อ.สทิงพระ	76	7	9.3
อ.ระโนด	103	8	7.8
อ.สิงหนคร	130	10	7.7
อ.ควนเนียง	54	4	7.4
อ.คลองหอยโข่ง	41	3	7.2
อ.รัตภูมิ	117	8	6.8
จ.สงขลา	**2,222**	**721**	**32.5**
เขต 12	**7,714**	**1,751**	**22.7**
ประเทศ	**103,254**	**25,844**	**25.0**

ผลงาน -ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ภาพรวม จ.สงขลา ปี 2558 - 2561 ผลงาน ร้อยละ 42.8, 78.2, 81.4, และ 80.6 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ

- ผลงานปี 2562 ดำเนินการได้ ร้อยละ 32.5 เทียบกับเป้าหมาย และ อ.เมือง ดำเนินงานผลงานสูงสุด ร้อยละ 99.3

ข้อชื่นชม : -มีการจัดให้ตัวชี้วัดวัณโรค ตัวชี้วัด PA และ การขึ้นทะเบียน (Small Success) ใน MOU ของ คปสอ ทุกแห่ง

-สสจ.จัดทีมลงติดตามการดำเนินงานวัณโรคทุกอำเภอ การวางแผนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเสี่ยง และ เพิ่มการคัดกรองในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงที่บ้าน

TBCM online ณ วันที่ 09 กพ.62

Quick Win monitoring and supervision
PA 2562 : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (≥ ร้อยละ 85)

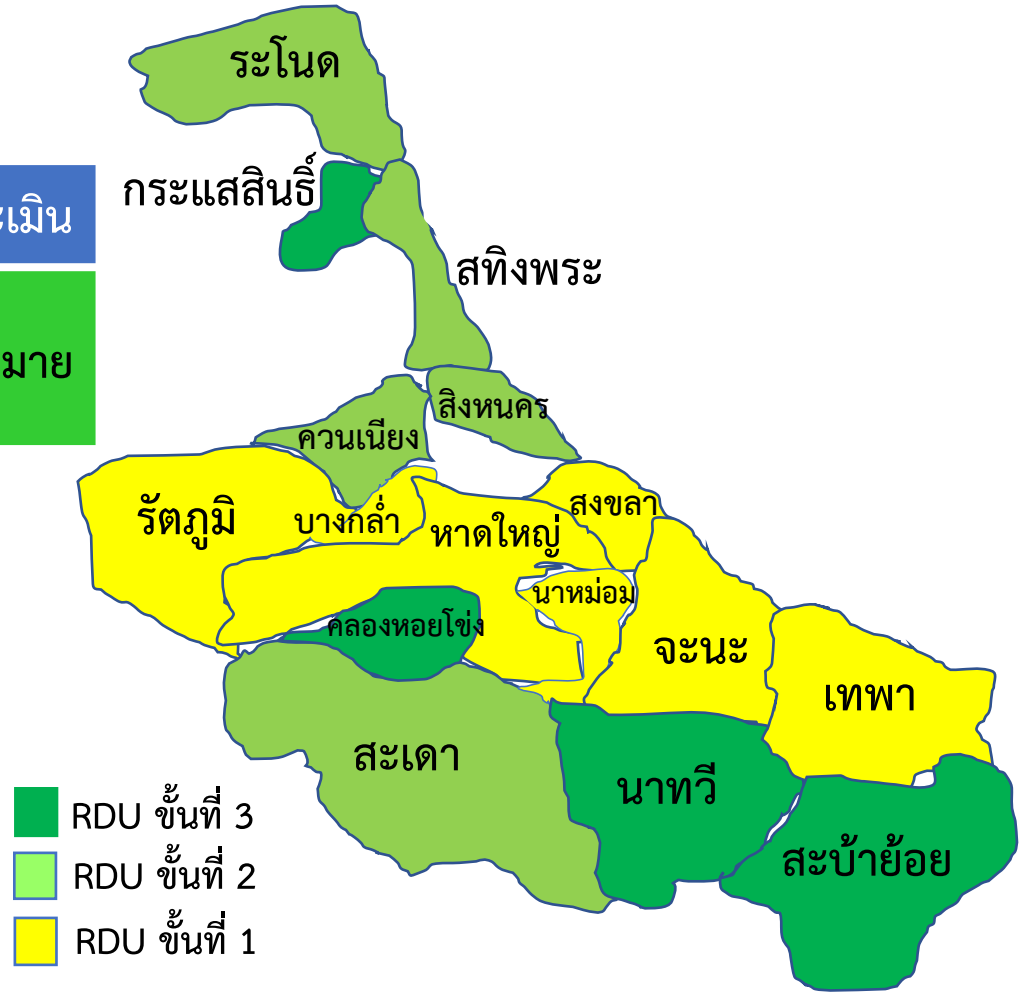
เป้าหมาย	การดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
จัดตั้ง case management team ในโรงพยาบาล (รพศ/รพท/รพช) ครบทุกแห่งในจังหวัด	- มีคำสั่ง Case Management ในรูปของคำสั่งคณะทำงานวัณโรคของโรงพยาบาล (Mr.TB)	- ทบทวนปรับปรุงคณะทำงานให้ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน
≥ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง (ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน) ได้ตรวจ DST	ผลงาน ร้อยละ 31.1 (42/ 135 ราย) ไม่ส่งตรวจ DST 93 ราย (เป็นวัณโรคนอกปอด 25 รายที่ไม่ได้ส่ง)	- ติดตามผลการส่งตรวจความไวต่อยา ทุกราย เพื่อประกอบการพิจารณาการให้ยารักษาวัณโรค - ติดตามการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงให้ครอบคลุม ≥ร้อยละ 80 - การบันทึกข้อมูลการส่งแลปในโปรแกรม TBCM
≥ ร้อยละ 50 ของ รพ.นอกสังกัด สธ. (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลโปรแกรม TBCM	ผลงาน ร้อยละ 50 จ.สงขลา มี รพ.เอกชน 4 แห่ง ที่รักษาผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด และมีการบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม TBCM online เป็นปัจจุบัน 2 แห่ง	- ติดตามโรงพยาบาลให้มีการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาและเป็นปัจจุบัน

RDU

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2562	เป้าหมายไตรมาส 1	ผลงาน	ผลการประเมิน
RDU ขั้น 1	95% (17 รพ.)	80% (14 รพ.)	100% (17 รพ.)	บรรลุเป้าหมาย
RDU ขั้น 2	20% (4 รพ.)	10% (2 รพ.)	59% (10 รพ.)	

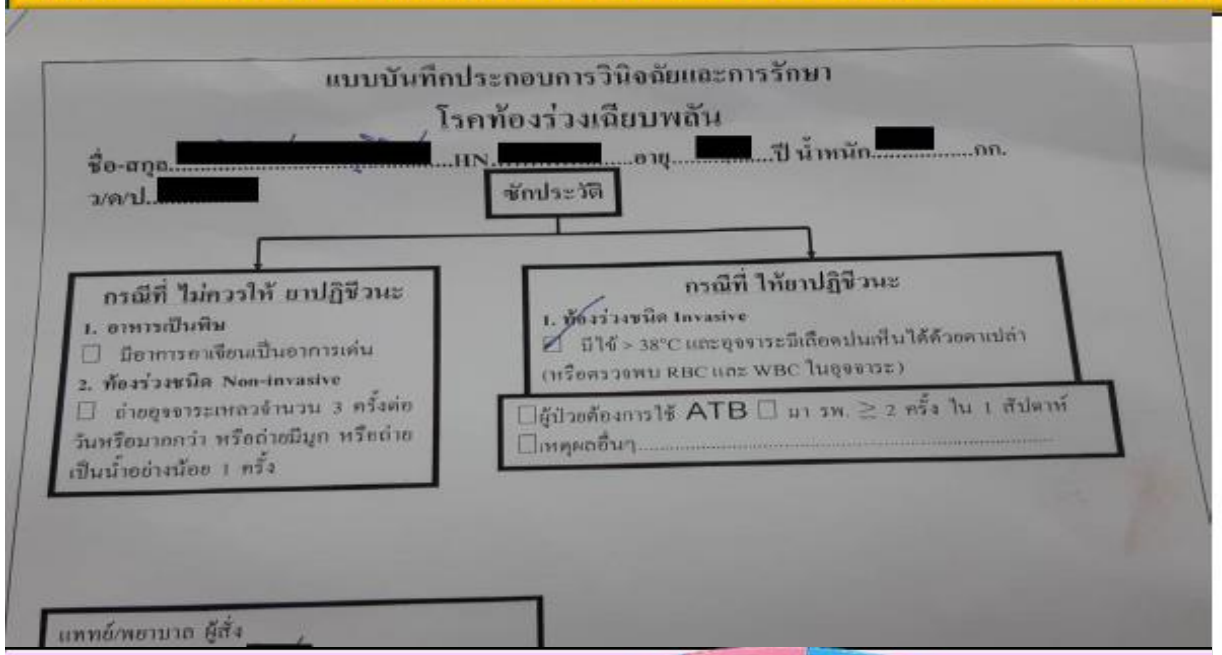
สถานการณ์

- โรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่าน RDU ขั้นที่ 1
  - โรงพยาบาล 10 แห่ง (ร้อยละ 59) ผ่าน RDU ขั้นที่ 2
  - ในจำนวนนี้ รพ.นาทวี รพ.ปาดังเบซาร์ รพ.กระแสสินธุ์ รพ.สะบ้าย้อย รพ.คลองหอยโข่ง ผ่านถึง RDU ขั้นที่ 3 (มากกว่าเป้าหมาย)
- รพ.สต.ทุกอำเภอ ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะใน URI และ AD



ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น	ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
- ระดับจังหวัด: ประธาน RDU และทีมงานเข้มแข็ง การคืนข้อมูลการวิเคราะห์หาสาเหตุ ลงพื้นที่ติดตามและแก้ไขปัญหา - รพ.กระแสสินธิ์: วงล้อรักษ์ไต (ช่วยในการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต) ยาพูดได้ (ช่วยเตือนข้อห้ามใช้ของยาในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม)	- รพ. และรพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านติดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจาระร่วงที่สูงเกินเกณฑ์	- ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาเหลืองปิดสมุทร (AD) ฟ้าทะลายโจร (URI) - นำแบบคัดกรองประกอบการวินิจฉัยและรักษาโรค AD และ URI ไปปรับใช้

ตัวอย่างแบบคัดกรองของโรงพยาบาลแม่ลาน จังหวัดปัตตานี



แบบบันทึกประกอบการวินิจฉัยและการรักษา

โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ชื่อ-สกุล [redacted] HN [redacted] อายุ [redacted] ปี น้ำหนัก [redacted] กก.

ว/ด/ป. [redacted]

ซักประวัติ

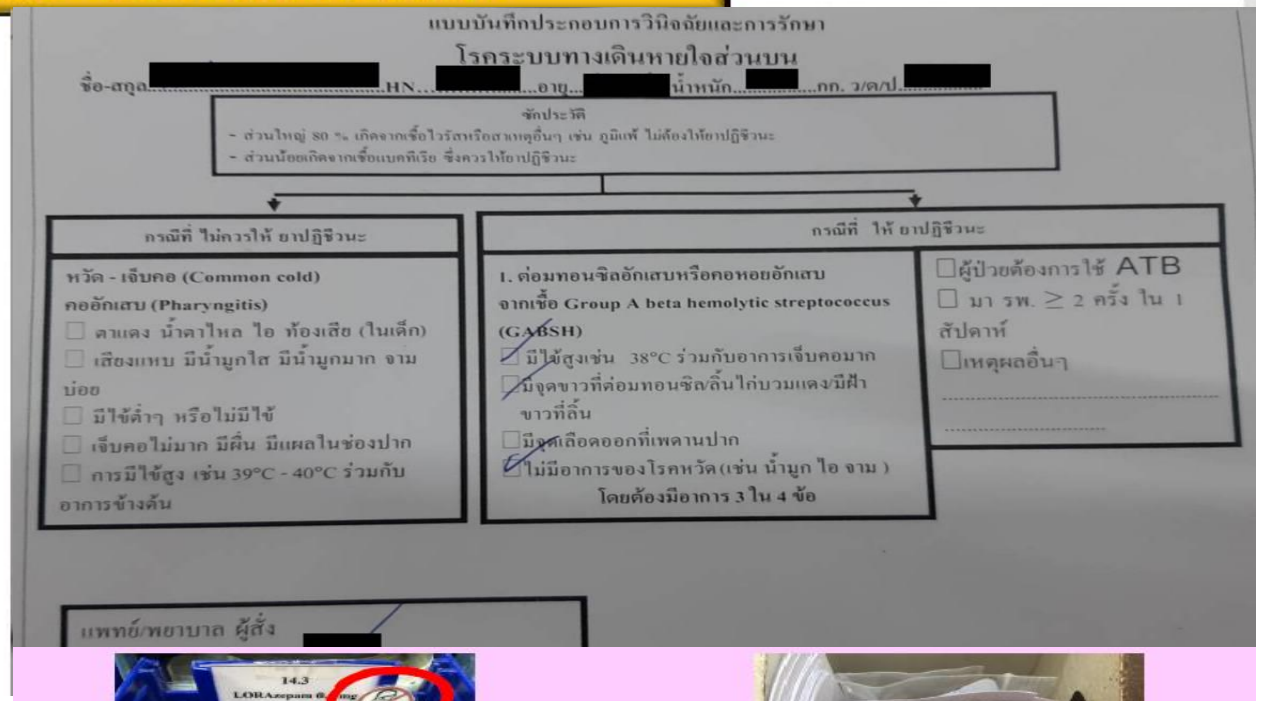
กรณีที่ ไม่ควรให้ ยาปฏิชีวนะ

1. อาหารเป็นพิษ
   - ☐ มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น
2. ท้องร่วงชนิด Non-invasive
   - ☐ ถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูก หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

กรณีที่ ให้ยาปฏิชีวนะ

1. ท้องร่วงชนิด Invasive
   - ☑ มีไข้ > 38°C และอุจจาระมีเลือดปนหรือได้ด้วยดาเปล่า (หรือตรวจพบ RBC และ WBC ในอุจจาระ)
   - ☐ผู้ป่วยต้องการใช้ ATB ☐ มา รพ. ≥ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
   - ☐เหตุผลอื่นๆ.....

แพทย์/พยาบาล ผู้สั่ง [redacted]



แบบบันทึกประกอบการวินิจฉัยและการรักษา

โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ชื่อ-สกุล [redacted] HN [redacted] อายุ [redacted] น้ำหนัก [redacted] กก. ว/ด/ป. [redacted]

ซักประวัติ

- ส่วนใหญ่ 80 % เกิดจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่นๆ เช่น ภูมิแพ้ ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ
- ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งควรให้ยาปฏิชีวนะ

กรณีที่ ไม่ควรให้ ยาปฏิชีวนะ

หวัด - เจ็บคอ (Common cold)
คออักเสบ (Pharyngitis)
- ☐ คาแดง น้ำคาไหล ไอ ท้องเสีย (ในเด็ก)
- ☐ เสียงแหบ มีน้ำมูกใส มีน้ำมูกมาก จามบ่อย
- ☐ มีไข้ต่ำๆ หรือไม่มีไข้
- ☐ เจ็บคอไม่มาก มีคัน มีแผลในช่องปาก
- ☐ การมีไข้สูง เช่น 39°C - 40°C ร่วมกับอาการข้างต้น

กรณีที่ ให้ ยาปฏิชีวนะ

1. ต่อมทอนซิลอักเสบหรือคอหอยอักเสบจากเชื้อ Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH)
   - ☑ มีไข้สูงเช่น 38°C ร่วมกับอาการเจ็บคอมาก
   - ☑ มีจุดขาวที่ต่อมทอนซิล/ลิ้นไก่บวมแดง/มีฝ้าขาวที่ลิ้น
   - ☐ มีจุดเลือดออกที่เพดานปาก
   - ☑ ไม่มีอาการของโรคหวัด (เช่น น้ำมูก ไอ จาม)

โดยต้องมีอาการ 3 ใน 4 ข้อ

- ☐ผู้ป่วยต้องการใช้ ATB
- ☐ มา รพ. ≥ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- ☐เหตุผลอื่นๆ

แพทย์/พยาบาล ผู้สั่ง [redacted]

วงล้อรักษ์ไต

"หมุนก่อนสั่งใช้ ไตจะปลอดพิษ"

KRASAESIN

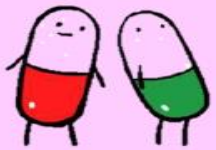
RDU HOSPITAL 3

INNOVATION

Ref : Drug information handbook 2017

หญิงตั้งครรภ์

หญิงให้นมบุตร



นวัตกรรมยาพูดได้

ผู้สูงอายุ

CKD

เด็ก

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เกณฑ์ ➡ ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

AMR

สถานการณ์

จังหวัดสงขลา มีโรงพยาบาลเป้าหมาย จำนวน 2 แห่ง คือ รพศ.หาดใหญ่ และ รพ.สงขลา ซึ่งมีระบบการจัดการ AMR ดำเนินงานตาม 5 กิจกรรมสำคัญ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินการ
จำนวนโรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ระดับ Intermediate (เกณฑ์คะแนน 250–349 คะแนน และข้อบังคับ Basic, Intermediate > 0)	รพศ.หาดใหญ่ ดำเนินการได้ผ่านระดับ Intermediate, รพ.สงขลา ได้ระดับ inadequate (Score 274, 285 คะแนน ตามลำดับ)

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น	ข้อเสนอแนะ
- มีการทำงานวิจัยในด้าน AMR - มีเภสัชกรตามดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการสั่งยาผู้ป่วยที่เหมาะสมมากขึ้น	- รพ.สงขลาเพิ่มการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ (ข้อบังคับ basic) - เพิ่มเติมการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาด้านต่างๆ มากขึ้น

การพัฒนาระบบบริการ : สุขภาพจิตและจิตเวช จ.สงขลา วันที่ 13 – 15 ก.พ. 2562

ตัวชี้วัด : อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน

อำเภอ	ไม่เกิน (คน)	ผลงาน	อัตรา
เมือง	8	1	0.76
สทิงพระ	3	0	0
จะนะ	5	0	0
นาทวี	4	0	0
เทพา	4	1	1.70
สะบ้าย้อย	4	0	0
ระโนด	4	2	3.65
กระแสสินธุ์	1	0	0
รัตภูมิ	4	0	4.06
สะเดา	6	1	1.08
หาดใหญ่	20	3	0.97
นาหม่อม	1	0	0
ควนเนียง	1	2	7.14
บางกล่ำ	1	2	8.02
สิงหนคร	4	2	3.01
คลองหอยโข่ง	2	1	4.61
รวม	70	15	1.35

สถานการณ์

ปี 61 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.95 ต่อ ปชก.แสนคน (55 คน) ปี 62 ไตรมาสแรก ฆ่าตัวตายสำเร็จ 15 คน (ช 13, ญ 2) คิดเป็นอัตรา 1.35 ต่อ ปชก.แสนคน เป็นวัยทำงานร้อยละ 66.67 ใช้วิธีผูกคอตายร้อยละ 93.33 มี 2 อำเภอที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงเกินเกณฑ์ คือ อ.ควนเนียง และ อ.บางกล่ำ มีผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ 115 ราย ไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ 109 คน คิดเป็นร้อยละ 94.78 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

- ทีมสหวิชาชีพมีศักยภาพสูงและมุ่งมั่น มีจิตแพทย์ทั่วไป 7 จิตแพทย์เด็ก 3 พยาบาลจิตเวชผู้รับผิดชอบงาน เป็น ป.โท , PG
- มีการทำงานเป็นเครือข่ายแบบพี่สอนน้อง รพศ. รพท. แบ่งโซนรับผิดชอบให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง ลงนิเทศลูกข่าย

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
- นักจิตวิทยา มีไม่ครอบคลุมทุก รพ. ขาด 5 แห่ง, พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็ก ขาด 7 แห่ง	- การจัดสรร /จ้าง หรือส่งพยาบาลเข้าอบรมเพิ่มให้ครบตามความต้องการ
- มีผู้พยายามทำร้ายตัวเองซ้ำ 6 ราย	- เพิ่มการเฝ้าระวัง ติดตามต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายทุกระดับ เพื่อลดการทำร้ายซ้ำ

ประเด็นสำคัญ : การเข้าถึงบริการโรคสำคัญทางด้านจิตเวช

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32-F39) เป้าหมายร้อยละ 65

การเข้าถึงบริการสะสมจำนวน 18,093 ราย จากค่าประมาณการณ์ 25,579 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.44 (ณ 25 ม.ค.62) ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมี 3 อำเภอที่มีผลงานดี ได้เกินกว่าค่าเป้าหมาย คือ อ.เมือง, กระแสสินธุ์ และหาดใหญ่

2. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท (F2000-F2090) เป้าหมายร้อยละ 75

การเข้าถึงบริการสะสม จำนวน 6,569 ราย จากค่าประมาณการณ์ 8,825 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.44 (HDC : 14 ก.พ.62) ยังไม่ถึงค่าเป้าหมายเพียง 0.56 ซึ่งจะเป็นไปตามเป้าหมายเมื่อครบปีงบประมาณ

3. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคติดสุรา (F1020-F1029) เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 (6 เดือน) ร้อยละ 1(12 เดือน)

การเข้าถึงบริการสะสมจำนวน 1,440 ราย จากค่าประมาณการณ์ 21,058 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.42 มีผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2562 จำนวน 68 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.32 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (รพ.สวนปรุง : ธ.ค.61) แต่มีแนวโน้มที่ดี น่าจะเป็นไปตามเป้าหมายเมื่อครบปีงบประมาณ

4. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ADHD (F900-F909) เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5

การเข้าถึงบริการสะสมจำนวน 3,215 ราย จากค่าประมาณการณ์ 10,524 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.55 มีผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2562 จำนวน 235 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.24 (HDC : 14 ก.พ. 62) ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นน่าจะเป็นไปตามเป้าหมายเมื่อครบปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

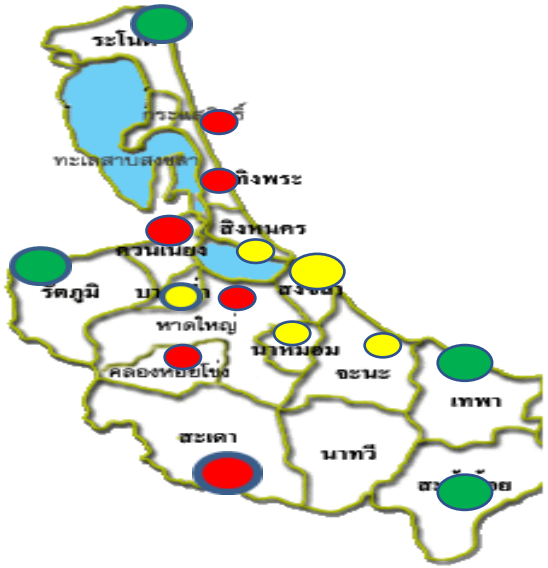
เกณฑ์ ➡ **ร้อยละ 18.5**

แพทย์แผนไทย

สถานการณ์

ปี 2561 มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบทั้ง 17 แห่ง แต่มีแพทย์แผนไทยในรพ.15แห่ง(ขาดรพ.กระแสสินธุ์ และรพ.คลองหอยโข่ง)

ปี 2562 มีการจัดบริการที่ต่อเนื่องและมีแพทย์แผนไทยครบทั้ง 17 แห่ง



=>18 %

= 15-18%

= < 15%

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 18.5	15.17

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. กรมมีการปรับเปลี่ยนคำนิยามในการเก็บข้อมูลโดยไม่นำ U77 มาคำนวณ 2. หัตถการแผนไทยบางอย่าง เช่น การพอกเข่า มณีเวช ไม่สามารถนำมาลงรหัสได้	1.ชี้แจงผู้รับผิดชอบงานแผนไทยในการจัดเก็บเนื่องจากระบบการประมวลผลยังไม่สมบูรณ์ 2. ให้มีการปรับปรุงรหัสICD10ใหม่

โอกาสในการพัฒนา

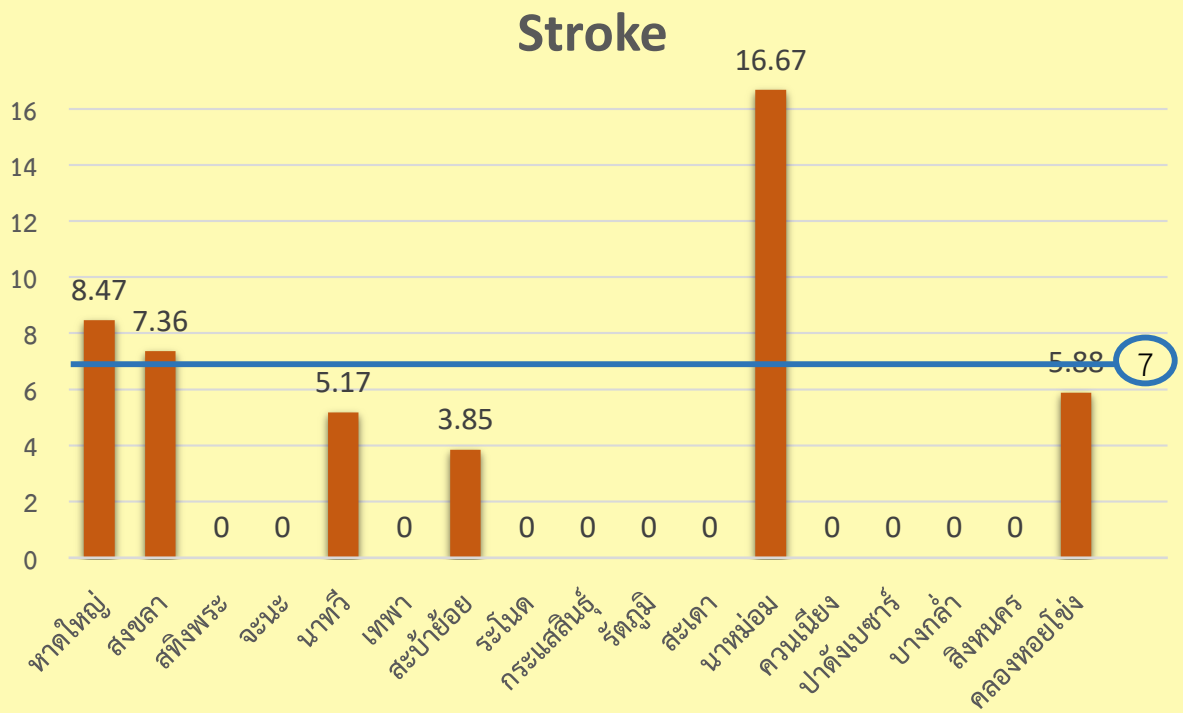
1. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้มากขึ้น
2. ส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นในรพช.และรพ.สต.

ตัวชี้วัดหลัก → ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)

เกณฑ์ → < ร้อยละ 7

Stroke

สถานการณ์



ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< ร้อยละ 7	6.13
ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< ร้อยละ 25	15.97
ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< ร้อยละ 5	3.68
Door to needle time ภายใน 60 นาที	≥50	53.33
Door to Stroke Unit ไม่เกิน 72 ชั่วโมง	≥ 40	74.31
Door to OR ภายใน 90 นาที	≥60	14.29

โรงพยาบาลหาดใหญ่

- Stroke unit 4 เตียง
- ศัลยแพทย์ประสาท 2 คน
- แพทย์ประสาทวิทยา 2 คน

โรงพยาบาลสงขลา

- Stroke unit 4 เตียง
- ศัลยแพทย์ประสาท 1 คน
- แพทย์ประสาทวิทยา 2 คน

ข้อชื่นชม

มีการให้รพ.สต.ส่งทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้กับทางรพ.
เพื่อส่งทีมกู้ชีพลงไปช่วยเหลือทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการ

ตัวชี้วัดหลัก → อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired

เกณฑ์ → ≤ร้อยละ 30

SEPSIS

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยเสียชีวิต (ไตรมาส 1)	ร้อยละ
เมืองสงขลา	164	62	37.8
หาดใหญ่	172	65	37.79
นาทวี	30	7	23.33
ระโนด	6	0	0
สทิงพระ	5	1	20
จะนะ	6	0	0
เทพา	4	1	25
สะบ้าย้อย	1	0	0
กระแสสินธุ์	0	0	0
รัตภูมิ	5	0	0
สะเดา	3	0	0
นาหม่อม	0	0	0
ควนเนียง	3	1	33.33
บางกล่ำ	1	0	0
สิงหนคร	2	0	0
คลองหอยโข่ง	5	0	0
รวม	407	137	33.66

สถานการณ์

ในไตรมาสแรกของปี 2562 แนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในอำเภอหาดใหญ่. อ.เมืองสงขลา และ อ.ควนเนียงตามลำดับ

ในภาพรวมทั้งจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 33.66

ปัญหาอุปสรรค

- การลงข้อมูลในระบบไม่ได้รวมแผนกอื่นๆ มีเฉพาะอายุรกรรมอย่างเดียว
- ผู้ป่วยที่ walk in มา รพ.หาดใหญ่ ร้อยละ 42.5 ค่อนข้าง Severe

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนา รพ.นาทวี ให้มีหอผู้ป่วยวิกฤต และเป็นnode ในการดูแล รพช.F ใกล้เคียง
2. ขอสนับสนุนเครื่องตรวจ Blood lactate ทุกรพช.
3. การให้ความรู้แก่ภาคประชาชน ในกลุ่ม Long term care

ตัวชี้วัดหลัก ➡ อัตราตายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A ,S ,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) **(เกณฑ์ ≤ ร้อยละ 12)**

Trauma

สถานการณ์

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ปี 62 (ระดับความรุนแรง 1) จำนวน 76 ราย
จำนวนผู้เสียชีวิต 13 ราย

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราตายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A ,S ,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	≤ ร้อยละ 12	17.10 (13/76)

ปัญหาและอุปสรรค

- ความคิดเห็นของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยไม่ตรงกันระหว่างER และหอผู้ป่วย
- ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค FAST TRACK และ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน
- โครงสร้าง ER มีความคับแคบ
- ข้อมูลการให้บริการ กับฐานข้อมูล HDC ไม่ตรงกัน

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์1669 และให้ข้อมูลประโยชน์การใช้บริการ EMS
- กำหนดแผนเพื่อพิจาณาขยายห้องฉุกเฉิน และอัตรากำลังตามความเหมาะสม
- ทบทวนการบันทึกข้อมูล โดยดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

ขอชมเชยผู้รับผิดชอบงานER จังหวัดสงขลา
ที่มุ่งมั่นดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ รพ.สงขลาที่มีหน่วย ER 2 แห่ง จึงทำให้เพิ่มโหลดการทำงาน
อีกทั้งมีการวางแผนในการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง

STEMI

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร

เกณฑ์ ➡ ≤ 26 ต่อแสนประชากร

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ≤ 26 : แสนประชากร

ผลงาน 10.8 : แสนประชากร

สถานการณ์

ไตรมาสแรก ไม่มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล เกณฑ์ ≤ 10

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
เมืองสงขลา	0	0	0
หาดใหญ่	11	0	0
นาทวี	5	0	0
ระโนด	0	0	0
สทิงพระ	0	0	0
จะนะ	0	0	0
เทพา	0	0	0
สะบ้าย้อย	2	0	0
กระแสสินธุ์	0	0	0
รัตภูมิ	1	0	0
สะเดา	2	0	0
นาหม่อม	0	0	0
ควนเนียง	0	0	0
บางกล่ำ	3	0	0
สิงหนคร	0	0	0
คลองหอยโข่ง	0	0	0
รวม	24	0	0
เขต	715	15	2.09
ประเทศ	5,232	292	5.58

สิ่งที่ชื่นชม

- เป็นจังหวัดทีมีความพร้อมในการบริหารจัดการ Service plan STEMI และความพร้อมของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาล ม.อ. และโรงพยาบาลเอกชนในการรับส่งต่อ
- พัฒนาระบบ refer ,ระบบ STEMI Fast track ใน รพ.ทุกระดับ
- พัฒนาศักยภาพ รพ.ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย NSTEMI

ตัวชี้วัด → อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (เกณฑ์ > 0.8 : 100)

→ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (เกณฑ์ > 1.3 : 100)

Transplant

สถานการณ์

ปีงบ 2562 มีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ 65ราย และดวงตาเป็น 70 ราย ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 2 ราย ยินยอมการบริจาคอวัยวะและดวงตา

ตัวชี้วัดหลัก	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ณ มกคารม 61
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	> 0.8 : 100 ใน รพ. A,S	0.11 (2/1760)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	> 1.3 : 100 ใน รพ. A,S	0.45 (8/1760)

ปัญหาและอุปสรรค

- ประชาชนมีทัศนคติและความเชื่อ และการรับรู้ไม่ถูกต้องในการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ขาดการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนบริจาคอวัยวะและดวงตา

ข้อเสนอแนะ

- empowerment ประชาชนในการปรับความเชื่อการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและดวงตา โดยอาจบูรณาการกับหน่วยงานอื่น เช่นสภากาชาดไทย

โอกาสในการพัฒนา

สร้างความเข้มแข็งให้กับ Harvesting Team ให้สามารถดำเนินการ

ความก้าวหน้าของ TC nurse

ตัวชี้วัดหลัก → ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.73m^2/yr

เกณฑ์ → ≥ ร้อยละ 66

CKD

อำเภอ	ผลงาน	เป้าหมาย	ร้อยละ
เมืองสงขลา	99	176	56.25
หาดใหญ่	93	160	58.13
นาทวี	38	51	74.51
ระโนด	15	25	60
สทิงพระ	1	4	25
จะนะ	14	21	66.67
เทพา	33	54	61.11
สะบ้าย้อย	7	19	36.84
กระแสสินธุ์	1	2	50
รัตภูมิ	19	35	54.29
สะเดา	62	90	68.89
นาหม่อม	15	29	51.72
ควนเนียง	0	2	0
บางกล่ำ	2	4	50
สิงหนคร	3	7	42.86
คลองหอยโข่ง	3	8	37.5
รวม	405	687	58.95

สถานการณ์

- ผู้ป่วย CKD มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุหลักจาก DM, HT พบผู้ป่วย CKD รายใหม่เพิ่มขึ้น
- รพ.สงขลามีแผนขยายหน่วยไตเทียม 26 unit

ปัญหา ข้อจำกัด

- ภาพรวมของจังหวัดสงขลา มีการคัดกรองไตในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ค่อนข้างน้อย อำเภอที่ทำได้เกิน 50 % คือ ลองหอยโข่ง (57.62%)
- การบันทึกข้อมูลในระบบยังไม่ครบถ้วน ถูกต้อง

โอกาสในการพัฒนา

- เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์กลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค และจัดกิจกรรมป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน
- ส่วนกลางขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เช่น การควบคุมสื่อโฆษณาเรื่อง อาหารเสริมและสมุนไพร และลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย
- จัดให้มีการอบรมการบันทึกข้อมูล

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

เกณฑ์ ➡ > ร้อยละ 20

ODS

สถานการณ์

- โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา ผ่านการประเมินและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ ODS (กุมภาพันธ์ 2561)
- ให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ 12 กลุ่มโรค*
- เบิกจ่ายค่าบริการจาก สปสช.ผ่านระบบ e-Claim
- โรงพยาบาลสงขลาให้บริการ ODS และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการ (ความสะดวกและบริการที่ดี)
- พบปัญหาอุปสรรคการเบิกจ่ายค่าบริการจาก สปสช. กรณีที่ให้บริการน้อยกว่า 6 ชั่วโมงแต่สามารถอุทธรณ์และรับเงินในเวลาต่อมา
- โรงพยาบาลสงขลามีการเตรียมความพร้อมในการขยายการบริการในกลุ่มโรคเพื่อให้ครอบคลุมได้ ทั้ง 12 กลุ่มโรคและยังจัดประชุมหารือเกี่ยวกับ pterygiumของแผนกตา ซึ่งคาดการณ์ว่าสามารถเริ่มให้บริการได้ในปี 2562
- รพ.หาดใหญ่วางแผนขยายการทำ ODS ไปยัง รพ.นาหม่อม

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดเครื่องมือผ่าตัด (กล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่)

โอกาสในการพัฒนา

- สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องการผ่าตัดแบบODS เพื่อลดความแออัดใน รพ. อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาการผ่าตัดแบบ ODS จากกลุ่มโรคที่เพิ่มขึ้นจาก 12 โรค เป็น 24 โรค

กลุ่มโรค ODS	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery								
	รพ.หาดใหญ่			รพ.สงขลา			ภาพรวมจังหวัด		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผล.งาน	ร้อยละ
Inguinal hernia	58	9	15.52	45	11	24.44	103	20	19.42
Hydrocele	-	-	-	2	2	100	2	2	100
Hemorrhoid	1	1	100	-	-	-	1	1	100
Esophagogastric varices (Esophageal varices, Gastric varices)	19	19	100	-	-	-	19	19	100
Colorectal polyp (colonic,rectal polyp)	11	11	100	17	14	82.35	28	25	89.29
รวม	89	40	44.94	64	27	42.19	153	67	43.79

ที่มาข้อมูล : โปรแกรม e-Claim สปสช. จากโรงพยาบาลเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	ร้อยละ 20	43.79

Drug addict

สถานการณ์

- การแพร่ระบาดยาเสพติด 3 อันดับแรก ได้แก่พืชกระท่อม (ร้อยละ 57.84) ยาบ้า (ร้อยละ 18.49) และยาไอซ์ (ร้อยละ 13.52) ระบาดมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน

แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด 3 อันดับแรกคือ ยาบ้า (ร้อยละ 60.81) ยาไอซ์ (ร้อยล14.85)กระท่อม (12.85

(เข้าสู่ระบบการบำบัดรวมทุกระบบ (บสต.) 744 ราย เป้าหมาย 1544 ราย

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสงขลา	17	7	41.18
สทิงพระ	0	0	0
จะนะ	10	1	10.00
นาทวี	2	0	0
เทพา	1	0	0
สะบ้าย้อย	2	0	0
ระโนด	4	3	75
กระแสสินธุ์	0	0	0
รัตภูมิ	2	0	0
สะเดา	2	0	0
หาดใหญ่	15	1	6.67
นาหม่อม	0	0	0
ควนเนียง	0	0	0
บางกล่ำ	0	0	0
สิงหนคร	2	0	0
คลองหอยโข่ง	3	1	33.33
รวม	60	13	21.67

ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)

ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพ ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (Remission Rate)

ข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ 1 ต.ค - 31 ธค. 2561

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสงขลา	63	27	42.86
สทิงพระ	8	3	37.50
จะนะ	29	7	24.13
นาทวี	1	0	0
เทพา	10	1	10
สะบ้าย้อย	19	0	0
ระโนด	34	8	23.53
กระแสสินธุ์	0	0	0
รัตภูมิ	35	9	25.71
สะเดา	35	2	5.71
หาดใหญ่	116	30	25.86
นาหม่อม	15	7	46.67
ควนเนียง	7	0	0
บางกล่ำ	30	1	3.33
สิงหนคร	62	5	8.06
คลองหอยโข่ง	6	0	0
รวม	470	100	21.28

Drug addict

ปัญหาอุปสรรค

1. บุคลากรผู้รับผิดชอบเปลี่ยนบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน
2. ระบบ บสต. ยังไม่เสถียร ทำให้มีการรายงานล่าช้า
3. การแพร่ระบาดของยาเพติดที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเช่นกลุ่มที่มีอาการจิตเวชจากการใช้ยา ซึ่งพบรพ.ที่
   - แพทย์ ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ยาและสารเสพติด 8 รพ.(17รพ.)
   - พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด 4 รพ.จาก 17 รพ.

ข้อเสนอแนะ

1. การบริหารจัดการที่เอื้อต่อการบันทึกข้อมูล บสต. ได้อย่างทันท่วงที ทั้งเรื่อง อัตรากำลัง การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ระบบอินเตอร์เน็ตและกำกับติดตามการลงข้อมูล บสต. โดย สสจ.
2. ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรเข้าอบรมเพิ่มพูนทักษะ/ความรู้ เวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับแพทย์, PG การพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan)
3. ดำเนินการต่ออายุ HA ยาเสพติดภายในปี 2562 ได้แก่ ระโนด จะนะ กระแสสินธ์ เทพา

ชื่นชม

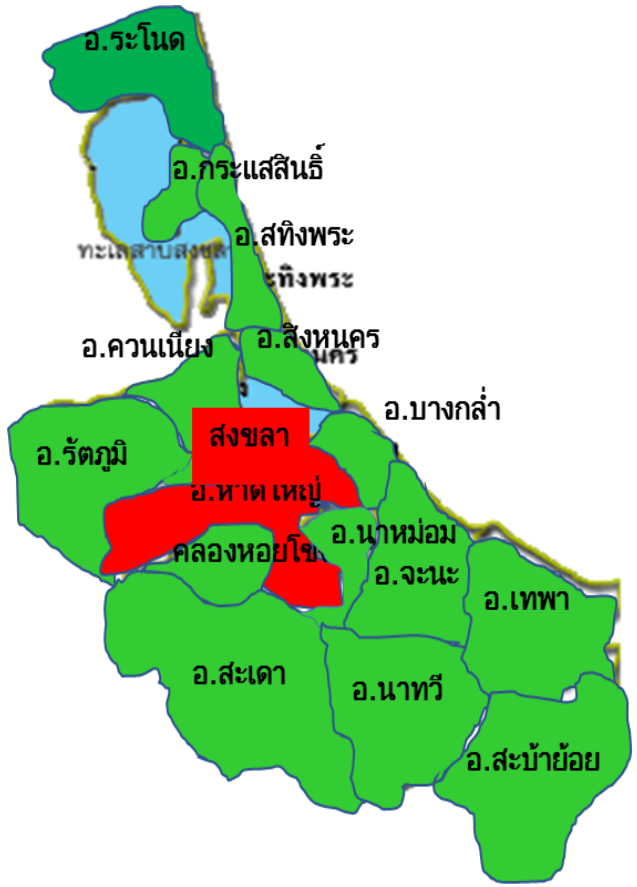
- มีมาตรการHarm Reduction ครบทุก รพ
- ปี 2561 มีการจัดโครงการ CBTx ในอำเภอเทพา
- ปี 2562 กำหนดพื้นที่/วางแผนจัดทำCBTx ต.คลองแห อ.หาดใหญ่

Monitor

ตัวชี้วัดหลัก ➡ อัตราตายทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.8 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Newborn

อำเภอ	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ	จำนวนทารกที่เสียชีวิต	อัตรา ต่อ 1000
หาดใหญ่	1331	6	4.48
สงขลา	885	6	7.91
สทิงพระ	35	0	0
จะนะ	104	0	0
สมเด็จฯ	417	1	2.4
เทพา	207	0	0
สะบ้าย้อย	255	0	0
ระโนด	46	0	0
กระแสรสินธ์	7	0	0
รัตภูมิ	92	0	0
สะเดา	284	0	0
นาหม่อม	2	0	0
ควนเนียง	36	0	0
บางกล่ำ	25	0	0
สิงหนคร	28	0	0
คลองหอยโข่ง	26	0	0
รวม	3780	13	3.43



สถานการณ์

การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในไตรมาสแรก จำนวน 13 ราย เป็น Preterm with RDS 5 ราย , PPHN 3 ราย Pneumonia with septic shock 1 ราย meconium 1 ราย hiatus hernia 1 ราย มีการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ ทั้ง 13 ราย

ปัญหา

1.ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

2.อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ (สถานการณ์ของโรงพยาบาลสงขลา หออภิบาลทารกแรกเกิดมี 2 หน่วยงาน (NICU &Sick Newborn) จากการเพิ่มเตียง NICU ทำให้ไม่สามารถดูแลทารกป่วยได้ตามมาตรฐานที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะ

- การพัฒนาบุคลากร เช่น ส่งอบรม PG newborn
- พิจารณาสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ

ชื่นชม

- รพ. รพ.หาดใหญ่ เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา Service Plan สาขาทารกแรกเกิดในเขตบริการสุขภาพที่ 12
- รพ.หาดใหญ่ ทำหัตถการผ่าตัดทรวงอกของทารก (Open Heart) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในภาคใต้

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

Cancer

KPI

ตัวชี้วัด		สงขลา
ผ่าตัด 4 สัปดาห์ ≥ 70%	เป้าหมาย	70
	ผลงาน	48
	ร้อยละ	69
เคมีบำบัด 6 สัปดาห์ ≥ ร้อยละ 70	เป้าหมาย	78
	ผลงาน	55
	ร้อยละ	71
รังสีรักษา 6 สัปดาห์ ≥ ร้อยละ 60	เป้าหมาย	2
	ผลงาน	2
	ร้อยละ	100

สถานการณ์

5 อันดับโรคมะเร็งของจังหวัดสงขลา

1. Colorectal, 2. Breast, 3. Liver, 4. Lung, 5. Cervix

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.ขาดแพทย์อายุรกรรมโรคมะเร็ง (onco medicine) 2. การดำเนินงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) ยังไม่ชัดเจน	- การเข้าถึงบริการการคัดกรองด้วยการส่องกล้องแบบ One stop service อย่างต่อเนื่อง -การสื่อสาร/ปรับทัศนคติให้กับประชาชนในการตรวจคัดกรอง พัฒนาการทำทะเบียนมะเร็งใน รพ. - สนับสนุนให้มี Colonoscrope กระจายตามโซนต่างๆ

สิ่งที่ชื่นชม

- การคัดกรอง CA Colorectal ด้วย FIT test คัดกรองได้ แต่ระยะเวลาในการรอคอยการส่องกล้องนาน ดังนั้น ทางรพ.นาหม่อม ได้ connect กับ รพ หาดใหญ่ เพื่อให้ศัลยแพทย์มาช่วยส่องกล้อง ทำให้ระยะเวลาในการรอคอยลดลง

Eyes

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา

เกณฑ์ ➡ ≥ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

เกณฑ์ ➡ ≥ร้อยละ 85

สถานการณ์

- การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์
- ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ยังไม่ผ่านเกณฑ์
- มีจักษุแพทย์ประจำ รพ.หาดใหญ่ 7 คน และรพ.สงขลา 6 คน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา	≥ ร้อยละ 75	97.47 (107,131 / 109,915)
ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	≥ ร้อยละ 85	75.00 (1,017 / 1,356)

Vision2020 : 14 Feb 2019

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ	กระทรวงรับไปประสานต่อ
โปรแกรมที่ใช้ในการลงข้อมูล กับโปรแกรมที่รายงานข้อมูลใช้คนละโปรแกรมกัน ไม่สัมพันธ์กันทำให้ข้อมูลในระบบรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง	สสจ.ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องของการลงข้อมูลใน รพ.สต. และรพช.	กรมการแพทย์จะประสานและปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการเชื่อมข้อมูลของ HOSxP และโปรแกรม Vision2020

Palliative Care

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioids ในผู้ป่วยประคองอย่างมีคุณภาพ

เกณฑ์ ➡ ร้อยละ 40

สถานการณ์

❖ ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 894 คน และได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 869 คน คิดเป็นร้อยละ 97.20 จำแนกโรค ดังนี้ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 430 คน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 159 คน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 35 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 90 คนและโรคอื่นๆ จำนวน 180 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 61)

❖ ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากร กลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงาน Palliative Care โดยการปรับปรุงการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ มีการเพิ่มชั่วโมงเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

❖ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้มีการฝึกพัฒนาทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้กับบุคลากรกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานเวชกรรมสังคมและทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง

❖ โรงพยาบาลสงขลาได้พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย

ข้อชื่นชม	โอกาสในการพัฒนา
• การวางแผนคัดกรองผู้ที่ควรได้รับการดูแลแบบ Palliative Care เพิ่มเติม • พยาบาล PC ผ่านการอบรมหลักสูตร 1 เดือน ครบทุก รพ.	• ทีม รพ.แม่ข่ายปรึกษา หารือ ช่วยเหลือ รพ.สิงหนคร กรณีขาดแพทย์ PC (สั่งใช้ยา) • พิจารณาสนับสนุนอุปกรณ์ sying driver ให้เพียงพอกับความต้องการ

โรงพยาบาล	ปี 2562 (งวดแรก)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สงขลา	151	60	39.74
สทิงพระ	2	2	100
จะนะ	15	15	100
สมเด็จฯนาทวี	29	14	48.28
เทพา	10	7	70.00
สะบ้าย้อย	13	5	38.46
ระโนด	21	2	9.52
กระแสสินธุ์	27	14	51.85
รัตภูมิ	16	5	31.25
สะเดา	2	2	100
หาดใหญ่	246	166	67.48
นาหม่อม	6	6	100
ควนเนียง	23	12	52.17
บางกล่ำ	9	4	44.44
สิงหนคร	3	3	100
คลองหอยโข่ง	27	20	74.07
ปาดังเบซาร์	7	4	57.14
รวม	607	341	56.18

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ≥ ร้อยละ 50

Intermediate Care

KPI

จำนวน รพ. ระดับ M และ F	จำนวน รพ. ระดับ M,F ดำเนินการ IMC	ร้อยละ
15	4	26.67

สถานการณ์

ให้บริการ IMC โดยทีมเวชกรรมฟื้นฟูครบทุกวิชาชีพ ใน รพช. 4 แห่ง ได้แก่ รพ.กระแสสินธุ์ บางกล่ำ จะนะ และสทิงพระ ส่วนรพช. อื่นๆ ส่งต่อให้นัดกายภาพบำบัดดูแลภายใต้ SPจังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค

- การจัดเก็บข้อมูลไม่ชัดเจน
- ขาดบุคลากรในการดำเนินงาน เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด
- ขาดอุปกรณ์ เช่น เครื่อง ES ,จักรยาน ,U/S ,TMS ,tilt table

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาระบบ IT มาช่วยในการเก็บฐานข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลระดับรพ. และเขต
- สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โดยการอบรม อีกทั้งพัฒนาระบบการรักษา IMC ซึ่งจะสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

ผลงานเด่น

ขอชื่นชมทีม IMC ของจังหวัดสงขลา ที่มีแนวทางการดำเนิน IMC ภายใต้ SP ของจังหวัด และมีแผนในการดำเนินงาน IMC ให้ครอบคลุมในอนาคต โดยมี รพ.หาดใหญ่และรพ.สงขลาเป็นพี่เลี้ยง

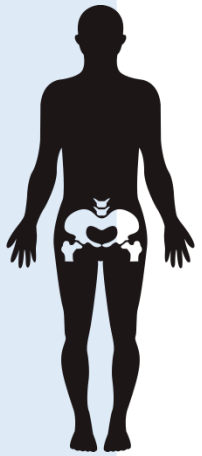
ออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัดหลัก ➡ ร้อยละของโรงพยาบาลนะดับ M1 ขึ้นไป ที่มีทีม Refracture Prevention

เกณฑ์ ➡ มีทีม Refracture Prevention

สถานการณ์

- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ในปีงบประมาณ 62 ไตรมาสแรก
  - โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร้อยละ 48.50
  - โรงพยาบาลสงขลา ร้อยละ 50.55
- ไม่พบภาวะกระดูกหักซ้ำ
- มีแพทย์เฉพาะทางศัลกรรมกระดูก 11 คน (รพ.หาดใหญ่ 4 คน และรพ.สงขลา 7 คน)
- มีพยาบาลเฉพาะทาง 4 คน (รพ.หาดใหญ่ 1 คน และรพ.สงขลา 3 คน)



ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีทีม Refracture Prevention	มี	มี

ปัญหาและอุปสรรค	กระทรวงรับไปประสานต่อ
ขาด liaison nurse	กรมการแพทย์ได้ประสานกับโรงพยาบาลเลิดสิน โดยจะมีการจัดโครงการฝึกอบรม รู้ทัน...กันหักซ้ำ Thailand FLS Forum & Workshop ในวันที่ 21-22 มีนาคม 2562

THANK YOU